

Rio de Janeiro, 12 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **ANTONIO AUGUSTO DA SILVA OLIVEIRA**

Nº Sinistro: **3170647954**

Vitima: **ANTONIO AUGUSTO DA SILVA OLIVEIRA**

Data do Acidente: **23/11/2015**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **DANIEL BRITO PEREIRA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3170647954**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12092446



Rio de Janeiro, 19 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **ANTONIO AUGUSTO DA SILVA OLIVEIRA**

Sinistro: **3170647954**

Vítima: **ANTONIO AUGUSTO DA SILVA OLIVEIRA**

Data do Acidente: **23/11/2015**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **DANIEL BRITO PEREIRA**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3170647954** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 06 de Janeiro de 2018

Carta nº: 12203510

A/C: ANTONIO AUGUSTO DA SILVA OLIVEIRA

Nº Sinistro: 3170647954
Vítima: ANTONIO AUGUSTO DA SILVA OLIVEIRA
Data do Acidente: 23/11/2015
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: DANIEL BRITO PEREIRA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: ANTONIO AUGUSTO DA SILVA OLIVEIRA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000001560

Conta: 0000018899-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =	R\$	2.362,50
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3170647954 - 1**
Nome do(a) Examinado(a): **ANTONIO AUGUSTO DA SILVA OLIVEIRA**
Endereço do(a) Examinado(a): **AV ZEZE DIOGO nº 1355 - PRAIA DO FUTURO - FORTALEZA/CE**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 94002013680 - SSP**
Data local do exame: **27/12/2017 FORTALEZA/CE**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

FRATURA DO TERCO DISTAL DA PERNA DIREITA.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

☒ SIM

☐ NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

☒ SIM

☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS. FEZ TRATAMENTO FISIOTERAPICO. EVOLUIU COM DOR, AUMENTO DE VOLUME E BLOQUEIO DA FLEXO / EXTENSÃO DO TORNOZELO DIREITO COM REPERCUSSÃO NA MARCHA. ESTA DE ALTA MEDICA.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM

☐ NÃO

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

DEFICIT FUNCIONAL LEVE NO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

IV. Segundo o previsto no inciso II, π 1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(*).

☐ Vítima em tratamento

☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela)

MEMBRO INFERIOR DIREITO.

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(*).

☐ Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

MANTIDO ENQUADRAMENTO DO MÉDICO EXAMINADOR -

Local e data de realização do exame médico legal:

CE - FORTALEZA, 27/12/2017

Médico Perito: FLAVIO EDUARDO PARO HADDAD CRM:52.57595-7/RJ


Dr. Flavio Eduardo Paro Haddad
Médico
CRM 10570

Assinatura do perito Examinador - CRM

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170647954 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO AUGUSTO DA SILVA OLIVEIRA **Data do acidente:** 23/11/2015 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/12/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Fratura de tornozelo direito submetido a tratamento cirúrgico de osteossíntese

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou predizer com acurácia a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Encaminhado à perícia para melhor apuração e valoração fidedigna das possíveis sequelas insusceptíveis à terapêutica nos moldes previstos pela legislação vigente.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: CARLOS MIRANDA CHAGAS

CRM do médico: 52.34765-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170647954 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO AUGUSTO DA SILVA **Data do acidente:** 23/11/2015 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA
OLIVEIRA

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO TERCO DISTAL DA PERNA DIREITA.

Descrição do exame médico pericial: DEFICIT FUNCIONAL LEVE NO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS. FEZ TRATAMENTO FISIOTERAPICO. EVOLUIU COM DOR, AUMENTO DE VOLUME E BLOQUEIO DA FLEXO / EXTENSÃO DO TORNOZELO DIREITO COM REPERCUSSÃO NA MARCHA. ESTA DE ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 27/12/2017

Conduta mantida:

Observações: MANTIDO ENQUADRAMENTO DO MÉDICO EXAMINADOR

Médico examinador: FLAVIO EDUARDO PARO HADDAD

CRM do médico: 10570

UF do CRM do médico: SC

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: GABRIELA GRAÇA SUARES PINTO

CRM do médico: 52.66379-4

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

614.228.863-87

Nome completo da vítima

Antonio Augusto da Silva Oliveira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Antonio Augusto da Silva Oliveira		CPF titular da conta 614.228.863-87	Profissão Polígrafo
Endereço Av. Zéze Diogo		Número 1355	Complemento Larac
Bairro Praia do Futuro	Cidade Jortalega	Estado ceara	CEP 60180000
Email ~ 12		Telefone (DDD) 9.82749318	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

LÍDER CORRETE
3405 DEZ 2017

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
		☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)				☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341) ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)				BANCO			
				Nome		NRO	
AGÊNCIA		CONTA		AGÊNCIA		CONTA	
NRO.	DIV	NRO.	DIV	NRO.	DIV	NRO.	DIV
1560		18899	9				
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Sob. es. 28 de 11 de 17

Local e Data

Autorização de pagamento

ANTONIO AUGUSTO DA SILVA
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário


Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



AUTO-ATENDIMENTO - ag. alvaro weyne
DATA: 10/11/2017 HORA: 10:28:28
TERMINAL: 44071002 CONTROLE: 440710020150

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE
DEPÓSITO DE CHEQUES

CONTA CREDITADA: 1560.013.00018899-9
NOME: ANTONIO AUGUSTO DA SILVA

VALOR TOTAL DOS CHEQUES: 20,00

NÚMERO DO ENVELOPE: 7813769296
NÚMERO DE CONTROLE: 314138698

A confirmação do depósito se dará pelo
lançamento do valor na conta do favorecido após
a abertura do envelope e a verificação dos
valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA: 0800-726 0101
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

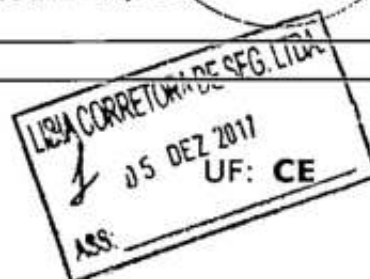
Boletim de ocorrência

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 1020 / 2017****Dados da Ocorrência**Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **16/02/2017 10:13:44**Data / Hora da Ocorrência: **23/11/2015 06:30:00**Endereço da Ocorrência: **AVENIDA HISTORIADOR RAIMUNDO GIRÃO**

Complemento:

Bairro: **PRAIA DE IRACEMA**Município: **FORTALEZA/CE**Ponto de Referência: **SECRETARIA DA SAUDE****Dados da(s) Vítima(s)**Nome: **ANTONIO AUGUSTO DA SILVA OLIVEIRA**Nascimento: **24/08/1980** CPF:CARTEIRA DE RESERVISTA: Orgão Emissor: **MEX**
250443368114Filiação: **MARIA DE FATIMA DA SILVA OLIVEIRA**
RICARDO SALVADOR DE OLIVEIRAEndereço: **RUA ISMAEL PORDEUS , 419**Bairro: **VICENTE PINZON**Município: **FORTALEZA/CE**País: **BRASIL**

CEP:

Telefone: **(85) 98783-1459****Dados do(s) Veículo(s)**

1) Placa: **PMF1646** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:
9C6KE1950G0048698 Renavam: **1048248388** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **YAMAHA/YBR125 FACTOR K1** Ano
Fabricação: **2015** Ano Modelo: **2016** Combustível: **GASOLINA** Cor:
BRANCA Proprietário: **ANTONIO AUGUSTO DA SILVA OLIVEIRA**
Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

QUE O DECLARANTE VINHA SOZINHO PILOTANDO A MOTO DE PLACAS PMF1646 DE SUA PROPRIEDADE, QUE VINHA TRAFEGANDO PELA AVENIDA HISTORIADOR RAIMUNDO GIRÃO QUANDO UM CARRO SEM PLACAS ANOTADAS QUE IA NO MESMO SENTIDO QUE O DECLARANTE \CENTRO, FEZ UMA CONVERSÃO PROIBIDA E CRUZOU A FRENTE DO DECLARANTE, QUE O MESMO NÃO TEVE COMO DESVIAR E COLIDIU COM O CARRO VINDO A CAIR E SE LESIONAR, QUE FOI SOCORRIDO PELO SAMU PARA O HOSPITAL DISTRITAL EVANDRO AYRES DE MOURA EM ANTONIO BEZERRA.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :** _____**"ESCRIVAO AD HOC" - MAT.:** _____**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:** ANTONIO AUGUSTO DA SILVA OLIVEIRA**VISTO DO DELEGADO(A) :** _____**MARIA CÂNDIDA BRUM - MAT.: 126913-1-9**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Antonio Augusto da Silva Oliveira

CPF da Vítima

614.228.863 87

Data do Acidente

23/11/15

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Declaracao de Inexistencia



22 de 11 de 17
Local e Data

ANTONIO AUGUSTO DA SILVA

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL EVANDRO AYRES DE MOURA ANTONIO BEZERRA

SUE

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

THE PACIFIC PELLIONS

NOME DO PACIENTE ANTONIO AUGUSTO DA SILVA OLIVEIRA		Nº DO PRONTUÁRIO 25396		Nº DO BE 14159	
LÓSIUS		NASCIMENTO 24/08/1980(35 ANOS)		SEXO M	
NOME MAE MARIA DE FATIMA DA SILVA OLIVEIRA		NOME RESPONSÁVEL USB 76		RAÇA/COR PARDO	
ENDEREÇO OC ESMAEL PORDEUS 419 VICENTE PINZON		MUNICÍPIO		UF CE	
CIDADE		CEP		NI	
LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/LOCAL DO ACIDENTE		OCORRÊNCIA			
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO					
HISTÓRIA PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU, APRESENTANDO TRAUMA EM MÍD- ESCORIAÇÕES		MOTIVO QUEDA DE MOTO			
HISTÓRIA NI		ESCALA DE DOR 99 (ADULTO)			
SINAIS VITAIS		SINAIS VITAIS			
PESO NI KG		PRESSÃO ARTERIAL NI/NI		SAT O2 NI%	
TEMPERATURA NI °C		PULSO NI		GLICÊMIA NI	
CLASSIFICAÇÃO AZUL		RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO MONIQUE WERNECK DE CARVALHO RIBEIRO			DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 23/11/2015 08:53

SEÇÃO DE ATENDIMENTO: **ATENDIMENTO TRAUMA**

ATENDIMENTO MÉDICO

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

trauma contuso em tornozelo (A) na C. M. (B) (C) (D) (E) (F) (G) (H) (I) (J) (K) (L) (M) (N) (O) (P) (Q) (R) (S) (T) (U) (V) (W) (X) (Y) (Z) (AA) (AB) (AC) (AD) (AE) (AF) (AG) (AH) (AI) (AJ) (AK) (AL) (AM) (AN) (AO) (AP) (AQ) (AR) (AS) (AT) (AU) (AV) (AW) (AX) (AY) (AZ) (BA) (BB) (BC) (BD) (BE) (BF) (BG) (BH) (BI) (BJ) (BK) (BL) (BM) (BN) (BO) (BP) (BQ) (BR) (BS) (BT) (BU) (BV) (BW) (BX) (BY) (BZ) (CA) (CB) (CC) (CD) (CE) (CF) (CG) (CH) (CI) (CJ) (CK) (CL) (CM) (CN) (CO) (CP) (CQ) (CR) (CS) (CT) (CU) (CV) (CW) (CX) (CY) (CZ) (DA) (DB) (DC) (DD) (DE) (DF) (DG) (DH) (DI) (DJ) (DK) (DL) (DM) (DN) (DO) (DP) (DQ) (DR) (DS) (DT) (DU) (DV) (DW) (DX) (DY) (DZ) (EA) (EB) (EC) (ED) (EE) (EF) (EG) (EH) (EI) (EJ) (EK) (EL) (EM) (EN) (EO) (EP) (EQ) (ER) (ES) (ET) (EU) (EV) (EW) (EX) (EY) (EZ) (FA) (FB) (FC) (FD) (FE) (FF) (FG) (FH) (FI) (FJ) (FK) (FL) (FM) (FN) (FO) (FP) (FQ) (FR) (FS) (FT) (FU) (FV) (FW) (FX) (FY) (FZ) (GA) (GB) (GC) (GD) (GE) (GF) (GG) (GH) (GI) (GJ) (GK) (GL) (GM) (GN) (GO) (GP) (GQ) (GR) (GS) (GT) (GU) (GV) (GW) (GX) (GY) (GZ) (HA) (HB) (HC) (HD) (HE) (HF) (HG) (HH) (HI) (HJ) (HK) (HL) (HM) (HN) (HO) (HP) (HQ) (HR) (HS) (HT) (HU) (HV) (HW) (HX) (HY) (HZ) (IA) (IB) (IC) (ID) (IE) (IF) (IG) (IH) (II) (IJ) (IK) (IL) (IM) (IN) (IO) (IP) (IQ) (IR) (IS) (IT) (IU) (IV) (IW) (IX) (IY) (IZ) (JA) (JB) (JC) (JD) (JE) (JF) (JG) (JH) (JI) (JJ) (JK) (JL) (JM) (JN) (JO) (JP) (JQ) (JR) (JS) (JT) (JU) (JV) (JW) (JX) (JY) (JZ) (KA) (KB) (KC) (KD) (KE) (KF) (KG) (KH) (KI) (KJ) (KK) (KL) (KM) (KN) (KO) (KP) (KQ) (KR) (KS) (KT) (KU) (KV) (KW) (KX) (KY) (KZ) (LA) (LB) (LC) (LD) (LE) (LF) (LG) (LH) (LI) (LJ) (LK) (LL) (LM) (LN) (LO) (LP) (LQ) (LR) (LS) (LT) (LU) (LV) (LW) (LX) (LY) (LZ) (MA) (MB) (MC) (MD) (ME) (MF) (MG) (MH) (MI) (MJ) (MK) (ML) (MM) (MN) (MO) (MP) (MQ) (MR) (MS) (MT) (MU) (MV) (MW) (MX) (MY) (MZ) (NA) (NB) (NC) (ND) (NE) (NF) (NG) (NH) (NI) (NJ) (NK) (NL) (NM) (NN) (NO) (NP) (NQ) (NR) (NS) (NT) (NU) (NV) (NW) (NX) (NY) (NZ) (OA) (OB) (OC) (OD) (OE) (OF) (OG) (OH) (OI) (OJ) (OK) (OL) (OM) (ON) (OO) (OP) (OQ) (OR) (OS) (OT) (OU) (OV) (OW) (OX) (OY) (OZ) (PA) (PB) (PC) (PD) (PE) (PF) (PG) (PH) (PI) (PJ) (PK) (PL) (PM) (PN) (PO) (PP) (PQ) (PR) (PS) (PT) (PU) (PV) (PW) (PX) (PY) (PZ) (QA) (QB) (QC) (QD) (QE) (QF) (QG) (QH) (QI) (QJ) (QK) (QL) (QM) (QN) (QO) (QP) (QQ) (QR) (QS) (QT) (QU) (QV) (QW) (QX) (QY) (QZ) (RA) (RB) (RC) (RD) (RE) (RF) (RG) (RH) (RI) (RJ) (RK) (RL) (RM) (RN) (RO) (RP) (RQ) (RR) (RS) (RT) (RU) (RV) (RW) (RX) (RY) (RZ) (SA) (SB) (SC) (SD) (SE) (SF) (SG) (SH) (SI) (SJ) (SK) (SL) (SM) (SN) (SO) (SP) (SQ) (SR) (SS) (ST) (SU) (SV) (SW) (SX) (SY) (SZ) (TA) (TB) (TC) (TD) (TE) (TF) (TG) (TH) (TI) (TJ) (TK) (TL) (TM) (TN) (TO) (TP) (TQ) (TR) (TS) (TT) (TU) (TV) (TW) (TX) (TY) (TZ) (UA) (UB) (UC) (UD) (UE) (UF) (UG) (UH) (UI) (UJ) (UK) (UL) (UM) (UN) (UO) (UP) (UQ) (UR) (US) (UT) (UU) (UV) (UW) (UX) (UY) (UZ) (VA) (VB) (VC) (VD) (VE) (VF) (VG) (VH) (VI) (VJ) (VK) (VL) (VM) (VN) (VO) (VP) (VQ) (VR) (VS) (VT) (VU) (VV) (VW) (VX) (VY) (VZ) (WA) (WB) (WC) (WD) (WE) (WF) (WG) (WH) (WI) (WJ) (WK) (WL) (WM) (WN) (WO) (WP) (WQ) (WR) (WS) (WT) (WU) (WV) (WW) (WX) (WY) (WZ) (XA) (XB) (XC) (XD) (XE) (XF) (XG) (XH) (XI) (XJ) (XK) (XL) (XM) (XN) (XO) (XP) (XQ) (XR) (XS) (XT) (XU) (XV) (XW) (XX) (XY) (XZ) (YA) (YB) (YC) (YD) (YE) (YF) (YG) (YH) (YI) (YJ) (YK) (YL) (YM) (YN) (YO) (YP) (YQ) (YR) (YS) (YT) (YU) (YV) (YW) (YX) (YZ) (ZA) (ZB) (ZC) (ZD) (ZE) (ZF) (ZG) (ZH) (ZI) (ZJ) (ZK) (ZL) (ZM) (ZN) (ZO) (ZP) (ZQ) (ZR) (ZS) (ZT) (ZU) (ZV) (ZW) (ZX) (ZY) (ZZ)

01 SOLICITADO () HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRÂNIO ☒ RAIO-X torax () OUTROS

MEICAMENTO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	APRAXAMENTO	OBSERVAÇÕES
------------	-------------------	-------------	-------------

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

10860300

Comprovacao de ato declar:



() DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSPERÊNCIA () INTERNAÇÃO ÓBITO: () ATÉ 72 HORAS () APÓS 48 HORAS

DESTINO DO CORPO: () FAMILIA () ML () ANAT. PATO () OUTROS ()

LUGAR E ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL

...claro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo a responsabilidade, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

2015-2016

antonio augusto da silva oliveira



HOSPITAL DISTRITAL EVANDRO AYRES DE MOURA

PROFESSOR ANTONIO BEZERRA

15/

CONFIDENTIAL ORIGINAL

CONFIDENTIAL

10. *Journal of the American Medical Association*, 2000; 283: 2689-2694.

100

5902000-5

Para efetuar seu cancelamento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

Rua Pedro Vitorino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza - CE
CNPJ 07042251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 498296767

Rota 15 01150 30 205800 - 6 Data de Emissão 24/10/2017

Nome GUSTAVO CARDOSO FEITOSA PESSOA DE CARVAL

End. Postal RU CANDIDO MAIA 00214 SL 8

ANTONIO BEZERRA - FORTALEZA - 60356830

Medidor 1043113

Posto 0000 B48W

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO

Fator de Potência 0,00

RG/CPF/CNPJ 011901113-14

CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência Data de Apresentação Próxima Lettura
Out/2017 24/10/2017 23/11/2017

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Condição - FIC

Mês Ago/2017 ELEC 50,19

DICI = 8,00 P

Padrão Individual

Apuração Individual

ICMS

Base de Cálculo (R\$) Alíquota Valor do Imposto
217,56 27,00% 58,74Mensal Titm Anual Mensal Titm Anual
DIC 9,95 9,91 9,02 8,00 8,00 8,00

FIC 3,11 5,22 2,45 0,00 0,00 0,00

DMIC 2,77 0,00 0,00

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

C894.7F4.24E3.D51D.3540.8FC9.6EP6.7FE1

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Lett. Atual Lett. Anterior Const. Consumo (kWh) Cons. Ind. Cons. Res. Tarifa (R\$/kWh) Valor (R\$)
9287 8914 1,00 290 0,00 0,93 0,74255 217,56

24/10/17 22/09/17 30 2140 293 217,56

DESCRIÇÃO

VALOR CONSUMO DO MES 217,56
DEV. PGTO DUPLICIDADE -147,60
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL 29,07
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 13,46)

Comprovante de residencia



VENCIMENTO 01/11/2017 **TOTAL A PAGAR (R\$)** 99,03

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Força	4,22
Transmissão	2,23
Distribuição	42,82
Encargos Setoriais	17,27
Tributos (ICMS PIS/COFINS)...	69,61
TOTAL	217,56

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

222	293	23	223	217	211	194	150	165	298	289	294
Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emissão kg (CO₂) 126,63 Compensação kg (CO₂) 0,00 Contribuição Ecológica (%CO₂) 0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES SOBRE O VENCIMENTO

Para consultar sua conta em tempo real utilize seu número de cliente seguido do dígito VERIFICADOR.

Consta desta fatura R\$ 10,97 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS:0,20% e COFINS:4,10% (Art. 9 Res. 100/2005 - ANEEL e Lei n. 10.637-02 e 10.473-03).

A bandeira para o mês de outubro será vermelha (tarifa 2 com acréscimo de R\$ 3,50 (mais tributos) a cada 100 (kWh)). Para informações em www.aneel.gov.br

LEIA CORRETAMENTE SEG. LIDA

37 05 DEZ 2017

ASS:

Nº do Cliente: 5902685-5 Referência: Out/2017

Data de Emissão: 24/10/2017 Total a Pagar (R\$): 99,03

Nº da Nota Fiscal: 498296767 Nº de Controle: 0005902685 00045 39562 12

83810000000-0 99030031000-6 0005902685-2 004539562-7



enel

DADOS			INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO					
Mês de Referência	Data de Apresentação	Próxima Entrega	Veja a legenda no verso deste cartão.					
Mês			MUTRIFE			BISQ 17.77		
Fev/2017			Fev/2017					
ICMS			Pontos de Qualidade			Aprovação Individual		
Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto	Mensal	Títm.	Anual	Mensal	Títm.	Anual
37,37	27,00%	10,11	4,23	2,57	13,38	3,39	0,69	0,81
			3,11	5,22	12,45	1,00	0,89	8,11
			2,39			2,35		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO								
Left. Atual	Left. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Ind.	Cons. Res.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)	
3255	3237	1.60	52	0.00	0	0.1074	5.57	
DESCRIÇÃO								VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES								37,82
MULTA HORATORIA REF 03/2017								0,97
INDENIZACAO HENSAL DIHC								-0,24
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 1.71)								

(85) 9.87740318
(85) 9.87950002

Comprovante de residencia



VEICULAMENTO	13/04/2017	TOTAL A PAGAR (R\$)	38,50																										
COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO	HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)																												
Envelhecimento 16,27 Transmissão 0,30 Distribuição 2,15 Perdas por Resistência 1,10 Perdas por Fator Potência 12,65 Total 32,47	<table border="1" style="display: none;"> <caption>Histórico de Consumo (últimos 12 meses)</caption> <thead> <tr> <th>Mês</th> <th>Consumo (R\$)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>6,8</td></tr> <tr><td>2</td><td>5,2</td></tr> <tr><td>3</td><td>6,7</td></tr> <tr><td>4</td><td>7,7</td></tr> <tr><td>5</td><td>7,6</td></tr> <tr><td>6</td><td>9,0</td></tr> <tr><td>7</td><td>9,0</td></tr> <tr><td>8</td><td>9,0</td></tr> <tr><td>9</td><td>9,0</td></tr> <tr><td>10</td><td>9,0</td></tr> <tr><td>11</td><td>9,0</td></tr> <tr><td>12</td><td>38,50</td></tr> </tbody> </table>			Mês	Consumo (R\$)	1	6,8	2	5,2	3	6,7	4	7,7	5	7,6	6	9,0	7	9,0	8	9,0	9	9,0	10	9,0	11	9,0	12	38,50
Mês	Consumo (R\$)																												
1	6,8																												
2	5,2																												
3	6,7																												
4	7,7																												
5	7,6																												
6	9,0																												
7	9,0																												
8	9,0																												
9	9,0																												
10	9,0																												
11	9,0																												
12	38,50																												

INFORMACOES IMPORTANTES, AVISOS, DEVENCIMENTO							
CONTAS EM ATRASO AVISO DE DEBITO VENCIDO: Informamos existir débitos vencidos com acréscimos legais ate esta data, no valor de R\$ 49,92. Seu fornecimento de energia medora ser suspenso em ate 90 dias contados a partir de fatura vencida e não paga.							
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">DEBITOS ANTERIORES</th> </tr> <tr> <th>Mes/Ano</th> <th>Valor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>03-2017</td> <td>49,92</td> </tr> </tbody> </table>		DEBITOS ANTERIORES		Mes/Ano	Valor	03-2017	49,92
DEBITOS ANTERIORES							
Mes/Ano	Valor						
03-2017	49,92						

LIBRACORRETORADESEG.LTDA.
36 05 DEZ 2017
ASS: _____

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Daniel Brito Pereira inscrito (a) no CPF/CNPJ 037688781 / 80 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Antonio Augusto da Silva Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 614228863 / 87 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Antonio Augusto da Silva Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 614228863 / 87, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaracao Circular SUSEP

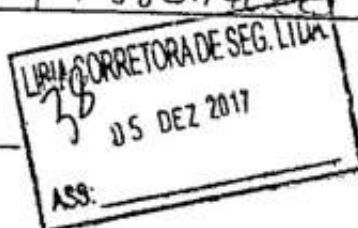


Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>R. Paredão Jureia</u>		Número <u>214</u>	Complemento <u>8º B</u>
Bairro <u>Antonio Bezerra</u>	Cidade <u>Portaleza</u>	Estado <u>Paraíba</u>	CEP <u>60356830</u>
Email <u>N/N</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>9.886.1700</u>

Ass. de _____ de _____ de _____ de 17
Local e Data



Daniel Brito Pereira
Assinatura do Declarante



**Prefeitura de
Fortaleza**

**PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL EVÂNDRIO AYRES DE MOURA ANTONIO BEZERRA**

SUS

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

NOME DO PACIENTE ANTONIO AUGUSTO DA SILVA OLIVEIRA		Nº DO PRIORITÁRIO 25398		Nº DO DE 14159	
SEXO M		NASCIMENTO 24/08/1980 (35 ANOS)		NACIONALIDADE PARDO	
NOME DO RESPONSÁVEL USB 76		MUNICÍPIO CE		UF CE	
ENDEREÇO OC ESMAEL PORDEUS 418 VICENTE PINZON		Cidade		Estado	

LOCAL DA OCORRÊNCIA / TRANSPORTE DO PACIENTE		OCORRÊNCIA	
--	--	------------	--

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	
------------------------	--

PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU, APRESENTANDO TRAUMA EM MID +		MOTIVO QUEDA DE MOTO	
--	--	--------------------------------	--

ESCALA DE DOR 99 (ADULTO)	
-------------------------------------	--

SINAIS VITAIS		SINAIS VITAIS		SINAIS VITAIS	
---------------	--	---------------	--	---------------	--

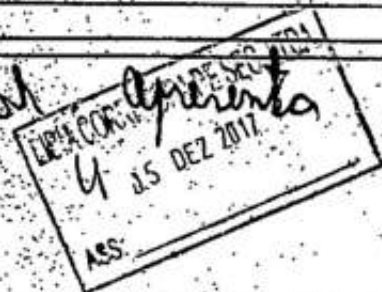
PRESSÃO ARTERIAL NI/NI		SAT O2 NI%		PULSO NI	
----------------------------------	--	----------------------	--	--------------------	--

ASSIGNATURA AZUL		RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO MONIQUE WERNECK DE CARVALHO RIBEIRO		DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 23/11/2015 08:53:0	
----------------------------	--	--	--	---	--

LOCAL DE ATENDIMENTO ATENDIMENTO TRAUMA		ÁREA ATENDIMENTO	
---	--	------------------	--

ATENDIMENTO MÉDICO	
--------------------	--

*trauma contuso em tornozelo (A) hál e SI
edema intenso em tornozelo (B)
Fratura de malduda*



DIAGNÓSTICO		DIAGNÓSTICO		DIAGNÓSTICO	
-------------	--	-------------	--	-------------	--

EXATIDÃO		EXATIDÃO		EXATIDÃO	
----------	--	----------	--	----------	--

EXATIDÃO		EXATIDÃO		EXATIDÃO	
----------	--	----------	--	----------	--

EXATIDÃO		EXATIDÃO		EXATIDÃO	
----------	--	----------	--	----------	--

EXATIDÃO		EXATIDÃO		EXATIDÃO	
----------	--	----------	--	----------	--

EXATIDÃO		EXATIDÃO		EXATIDÃO	
----------	--	----------	--	----------	--

EXATIDÃO		EXATIDÃO		EXATIDÃO	
----------	--	----------	--	----------	--

EXATIDÃO		EXATIDÃO		EXATIDÃO	
----------	--	----------	--	----------	--

EXATIDÃO		EXATIDÃO		EXATIDÃO	
----------	--	----------	--	----------	--

EXATIDÃO		EXATIDÃO		EXATIDÃO	
----------	--	----------	--	----------	--

EXATIDÃO		EXATIDÃO		EXATIDÃO	
----------	--	----------	--	----------	--

EXATIDÃO		EXATIDÃO		EXATIDÃO	
----------	--	----------	--	----------	--

EXATIDÃO		EXATIDÃO		EXATIDÃO	
----------	--	----------	--	----------	--

EXATIDÃO		EXATIDÃO		EXATIDÃO	
----------	--	----------	--	----------	--

EXATIDÃO		EXATIDÃO		EXATIDÃO	
----------	--	----------	--	----------	--

EXATIDÃO		EXATIDÃO		EXATIDÃO	
----------	--	----------	--	----------	--

EXATIDÃO		EXATIDÃO		EXATIDÃO	
----------	--	----------	--	----------	--

EXATIDÃO		EXATIDÃO		EXATIDÃO	
----------	--	----------	--	----------	--

EXATIDÃO		EXATIDÃO		EXATIDÃO	
----------	--	----------	--	----------	--

EXATIDÃO		EXATIDÃO		EXATIDÃO	
----------	--	----------	--	----------	--

EXATIDÃO		EXATIDÃO		EXATIDÃO	
----------	--	----------	--	----------	--

EXATIDÃO		EXATIDÃO		EXATIDÃO	
----------	--	----------	--	----------	--

Documentação médica - hr



DECISÃO MÉDICA		DECISÃO MÉDICA		DECISÃO MÉDICA	
----------------	--	----------------	--	----------------	--

DECISÃO MÉDICA		DECISÃO MÉDICA		DECISÃO MÉDICA	
----------------	--	----------------	--	----------------	--

DECISÃO MÉDICA		DECISÃO MÉDICA		DECISÃO MÉDICA	
----------------	--	----------------	--	----------------	--

DECISÃO MÉDICA		DECISÃO MÉDICA		DECISÃO MÉDICA	
----------------	--	----------------	--	----------------	--

DECISÃO MÉDICA		DECISÃO MÉDICA		DECISÃO MÉDICA	
----------------	--	----------------	--	----------------	--

DECISÃO MÉDICA		DECISÃO MÉDICA		DECISÃO MÉDICA	
----------------	--	----------------	--	----------------	--

DECISÃO MÉDICA		DECISÃO MÉDICA		DECISÃO MÉDICA	
----------------	--	----------------	--	----------------	--

DECISÃO MÉDICA		DECISÃO MÉDICA		DECISÃO MÉDICA	
----------------	--	----------------	--	----------------	--

DECISÃO MÉDICA		DECISÃO MÉDICA		DECISÃO MÉDICA	
----------------	--	----------------	--	----------------	--

DECISÃO MÉDICA		DECISÃO MÉDICA		DECISÃO MÉDICA	
----------------	--	----------------	--	----------------	--

DECISÃO MÉDICA		DECISÃO MÉDICA		DECISÃO MÉDICA	
----------------	--	----------------	--	----------------	--

DECISÃO MÉDICA		DECISÃO MÉDICA		DECISÃO MÉDICA	
----------------	--	----------------	--	----------------	--

DECISÃO MÉDICA		DECISÃO MÉDICA		DECISÃO MÉDICA	
----------------	--	----------------	--	----------------	--

DECISÃO MÉDICA		DECISÃO MÉDICA		DECISÃO MÉDICA	
----------------	--	----------------	--	----------------	--

DECISÃO MÉDICA		DECISÃO MÉDICA		DECISÃO MÉDICA	
----------------	--	----------------	--	----------------	--



**HOSPITAL DISTRITAL EVÂNDRIO AYRES DE MOURA
PROFESSOR ANTONIO BEZERRA**

Ministro da Saúde

Ministro da Saúde

Ministro da Saúde

CONFERE CÓPIA ORIGINAL

15/



Prefeitura de
Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL EVANDRO AYRES DE MOURA ANTÔNIO BEZERRA

REGISTRO DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

NOME DO PACIENTE

ANTONIO AUGUSTO DA SILVA OLIVEIRA

DADOS PESSOAIS

CONJUGES

NOME MÃE

MARIA DE FATIMA DA SILVA OLIVEIRA

ENDEREÇO

OC ESMAEL PORDEUS 419, VICENTE PINZON

CONTATO

NASCIMENTO

24/08/1980(35

ANOS)

Nº DO
PRONTUÁRIO
25396

SEXO

M

Nº DO
31

RACIA

PA

NOME RESPONSÁVEL

USB 76

MUNICÍPIO

UF

CE

PESO

PRESSÃO ARTERIAL

SINAIS VITAIS

CEP

TEMPERATURA

GLUCOSE

RG RESPONSÁVEL PELO ADOLESCIMENTO

RODRIGO MOURA LOPES

DATA E HORA DO ADOLESCIMENTO

02/12/2015 07:29

ÁREA DE ATENDIMENTO

ÁREA DE ATENDIMENTO

MÉDICO ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA, MÉDICO ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA,
MÉDICO ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA

NOME DO MÉDICO

ROBERTO WELTON TEIXEIRA DA
COSTA (CRM: 5267)

ATENDIMENTO

ATENDIMENTO MÉDICO

LIBA CORRETORA DE SEG. LTDA
5 05 DEZ 2017

DIAGNÓSTICO

COD. PROCEDIMENTO

CID

SOLICITADO

() HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRANIO () RAIO-X

() OUTROS

MEDICAMENTO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÕES

TIPO DE ALTA/SÓDA

TIPO DE ALTA/SÓDA

() DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO ÓBITO: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS

DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IML () ANAT. PATOL

CARTILHA E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

Assinado por Rodrigo Moura Lopes em 02/12/2015 às 07:29:11

Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

antonio augusto da silva oliveira



DE
ALTA HOSPITALAR



Fortaleza

PACIENTE ANILSON AUGUSTO DA SILVA

PRONTUÁRIO

UNIDADE

ENFERMARIA

LEITO

INÍCIO DE TRATAMENTO

23/11/15

DATA DA ALTA

01/12/15

DATA DE RETORNO

16/12/15

MÉDICO PARA RETORNO

ROBERTO

RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA

TRAMA DO
TORAX
BILATERAL

DIAGNÓSTICOS

PRINCIPAL

FRATURAS DO TORAX

ACESSÓRIO 1

ACESSÓRIO 2

ACESSÓRIO 3

EXAMES ESPECIALIZADOS

TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO REALIZADO

Fixação Bilateral

TERAPÊUTICA APÓS A ALTA

Surto de
ANTI BIOTER



CONDIÇÕES DA ALTA:

☐ DURADO

☒ HORADO

☐ ADO

☐

☐

OUTRAS RECOMENDAÇÕES

Não usar
PO ou curativos

DATA

01/12/15

MÉDICO

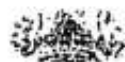
Dr. Roberto Nelson T. da Costa
Traumatologia Ortopedia
CRM/EC 5267

ASSINATURA DO

Rebitoria de alta



DE
ALTA HOSPITALAR



Fortaleza

PACIENTE **ANTONIO AUGUSTO DOS SANTOS**

PRONTUÁRIO

UNIDADE

ENFERMARIA

LEITO

INÍCIO DO TRATAMENTO

OPERAÇÃO

DATA DE RETORNO

MÉDICO PARA RETORNO

RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA

**Tratado de
Fracatura
Bimaneira**

DIAGNÓSTICOS

PRINC
ACESSÓRIO 1
ACESSÓRIO 2
ACESSÓRIO 3
EXAMES ESPECIALIZADOS

Fracura do fêmur

TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO REALIZADO

Fixação Bimaneira

LUBA CORRIGIDA DE SEG. LTDA.
+ 05 DEZ 2017
ASS: _____

TERAPÊUTICA APÓS A ALTA

**Antalgia +
ANT. Biotens**

CONDIÇÕES DA ALTA:

☐ CURADO

☒ MELHORADO

☐ ADO

☐

☐

OUTRAS RECOMENDAÇÕES

**Não usar
Pó elástico**

DATA

01, 12, 15

MÉDICO



Prefeitura de
Fortaleza

HOSPITAL DISTRITAL EVANDRO AYRES DE MOURA
FROTINHA ANTONIO BEZERRA

Miriano
Miriano Moraes Almeida
Coordenador de Atendimento

CONFERE COM ORIGINAL

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL EVANDRO AYRES DE MOURA - FORTALEZA
FROTINHA ANTONIO BEZERRA

CARIMBO E ASSINATURA DO

Dr. Roberto Welton T. da Costa
Traumatologia Ortopedia
CREMEC 5267



SECRETARIA EXECUTIVA REGIONAL III - SER III
HOSPITAL DISTRITAL DR. EVANDRO AYRES DE MOURA
FROTINHA DE ANTONIO BEZERRA

RESULTADO DE EXAMES

NOME: ANTONIO AUGUSTO DA SILVA OLIVEIRA

IDADE: _____ SEXO: _____ DATA: 24/11/2015

MÉDICO: _____ NUMERO: 4

NATUREZA

COAGULOGRAMA II

T. DE SANGRAMENTO: _____ SEG.: _____

METODO: DUKE

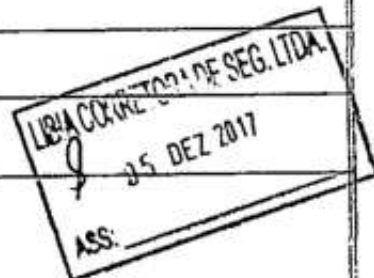
V. NORMAIS: 1 A 3 MINUTOS

CONTAGEM DE PLAQUETAS: _____

PROVA DO LAÇO: _____

TEMPO DE PROTOMBINA 16,6 SEG. 64.9% INR 1,23

NORMAIS: 70 A 100%
Método de Quick



T. DE TROMBOPLASTINA 29,1 SEG. RATIO 1,10

ANALISTA



Prefeitura de
Fortaleza

HOSPITAL DISTRITAL EVANDRO AYRES DE MOURA
FROTINHA ANTONIO BEZERRA

Milania
Milania Menezes Marques Soares
Mat. 45200-01

Coordenadora SAME - HDEAM
CONFERE COM ORIGINAL

SECRETARIA EXECUTIVA REGIONAL III - SER III
HOSPITAL DISTRITAL DR. EVANDRO AYRES DE MOURA - ANTº BEZERRA

NOME: ANTONIO AUGUSTO DA SILVA OLIVEIRA (CORREDOR)
MÉDICO: DR. MARIO JORGE

NÚMERO: 4

DATA: 24/11/2015

ESPECIFICAÇÃO

ERITROGRAMA

	CONTRADOS	VALORES NORMAIS
HEMÁCIAS	5.410.000	Homem: 4,6 - 6,5 milhões/mm ³ Mulher: 4,0 - 6,0 milhões/mm ³
HEMOGLOBINA	15,6g%	Mulher: 11,5 - 16,0 g/100ml
HEMATÓCRITO	47,0%	40 A 54
VOLUME CORPUSCULAR MÉDIO	86,9	36 A 47
Hb. CORPUSCULAR MÉDIA	28,8	80 A 97
CONC. Hb. CORPUSCULAR MÉDIA	33,2%	de 27 a 32 pg
Observações:		de 32 - 36 g/dL

HEMÁCIAS NORMOCÍTICAS E NORMOCRÔMICAS

FORMULA LEUCOCITÁRIA

ESPECIFICAÇÃO	%		%	VALORES NORMAIS
LEUCÓCITOS		10.400		/mm ³
NEUTRÓFILOS	81%	8.424	40 - 75	4.000 - 10.000
MIELÓCITOS				1.600 - 7.500
METAMIELÓCITOS			0 - 1	0 - 100
BASTÕES	1%	104	0 - 5	0 - 500
SEGMENTADOS	80%	8.320	40 - 70	1.600 - 7.000
EOSINÓFILOS	1%	104	1 - 6	40 - 600
BASÓFILOS		0	0 - 1	0 - 100
LINFÓCITOS	16%	1.664	20 - 50	800 - 5.000
MONÓCITOS	2%	208	3 - 8	120 - 800

LEUCOCITÓSE DE SEG. LÍC.
19 25 DE 100
ASS.

ADULTO

8 - 12 ANOS

4 - 7 ANOS

4000 - 10000

4500 - 13000

6000 - 15000

VALORES REFERENCIAIS PARA PLAQUETAS: 150.000 A 450.000/mm³

PLAQUETAS: 239.000

/MM³

NEUTROFILOS SEM SINAIS DEGENERATIVOS

LINFOCITOS SEM ATIPIAS

PLAQUETAS MORFOLOGICAMENTE NORMAIS

Prefeitura de
Fortaleza

HOSPITAL DISTRITAL EVANDRO AYRES DE MOURA
FROTHHA ANTONIO BEZERRA

Antonio Marcos Marques Soares
Méd. 45490-01

Coordenador SAGE - HDEAM
CONFERE COM ORIGINAL

ANALISTA

HDEAM - Hospital Distrital Dr. Eva, João Ayres de Moura
 Instituto de Antônio Bezerra

ENF:

TRAUMA

DATA: 24/11/15 L:

Antonio Augusto da Silva Oliveira

EVOLUÇÃO		HORÁRIO	
ANO	DE	TRATAMENTO	
ETA GERAL	(X) HAS ()	SND	
() ZERO ()		OK	
ALP		Rotina	
NAIS VITAIS		SN	
PIRONA 2:18AD EV 6/6HS SN		SN	
AMET 2:18AD EV 8/8HS SN		SN	
AMAL 50MG+100ML SF EV 8/8HS		SN	
JRATIVO		ROTINA	

LITAC. DE ORIG. DE SEG. LDA
 10 de 2011

Prefeitura de
Gratiosa
 HOSPITAL DISTRITAL EVENCIO KARES DE MOURA
 FROSTINA ANTONIO DE FERRA
 111 4579-001
 1000-932-0000-0000
 CONFERIR COM ORIGINAL

Dr. Antonio Augusto
 Médico
 CRM 6419



NOME:

ANTONIO ALBERTO DE OLIVEIRA

Enfermagem

Leito

Nº do Profissional



Relatório de Enfermagem

Observações/Rubrica

DATA

Planos Terapêuticos e Tratamentos

Horário - Administração de Medicamentos

SN. paciente consciente. BA-
entado, verbaliza, coopera-
ativo, aceita dieta. Apresenta
cuidado sob cuidados
de enfermagem.

18:30

100 cc de
serum 2115

SW.

Dr. Manoel Soares da Silva
Oncologia/Tratamento
CREME/2015

Prefeitura de Fortaleza

HOSPITAL DISTRICTAL EVANDRO AYRES DE MOURA
PROTEÇÃO CIVIL

Assessoria Jurídica e Contábil

Coordenador de Enfermagem

Sinais Vitais
08:00 16:00 22:00

PA

T

P

R

Glicemia

Rubrica

PLANO TERAPÊUTICO E TRATAMENTO

HOSPITAL DISTRICTAL DR. EVANDRO AYRES DE MOURA - HDEAM - AB
RUA CANDIDO MATA, 294 - ANTONIO BEZERRA - FORTALEZA - CE - CEP 50.350-030 - PABX (85) 3488.3270 - FAX (85) 3488.3279

TRAUMA DATA: 24 / 11 / 15 L:

LIBRO CONTABLE SEG. VIAL
12 05 DEZ 2017
ASG

HOSPITAL DISTRITAL EUGENIO AYER DE MOQUECHAS

POSTALWISSTUMSDEZERRA

Abbildung 10: Die 10 größten Städte in der Welt

[illegible]

Approved: _____ Date: _____

7-10-68



HDEAM - Hospital Distrital Dr. Evgênio Ayres de Moura
Frotinha de Antônio Bezerra

Fortaleza Prefeitura de

ME:

DATA: 25 / 11 / 15 L: 48

Anterior Questão da SEF: OUTRA

[illegible]

LIBR. CORRECTORA DE SEC. LTDA
13 05 DEZ 2017
SS:

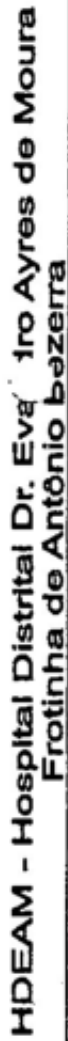
U.S. NATIONAL MUSEUM, WASHINGTON, D.C. 20560

PAKISTAN

5000

Copyright © 1994, 1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675,

ORIGINAL



Fortaleza Prefeitura de

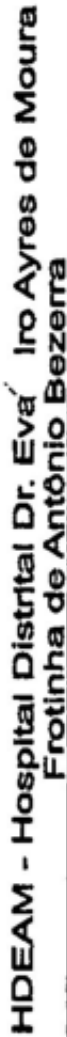
Antonio Quejido do S. ENF: COUTAUMA

DATA: 25 / 11 / 15 L: 48

[illegible]

14 15 DEZ 2017
A.S.

HOSPITAL DISTRITAL EVANGELIZADORES DE MOURA
 PORTUGAL - SANTO TOMÉ DE LENÇA
 Mariana Marques Marques Soares
 Coordenadora SANE - HDEAM
 CONTÉM DUA ORIGINAL



847



Prefeitura de
Fortaleza

NOME:

Antônio Augusto da S^{EN}E A TRAUMA DATA: 25/11/15 L: 48

[illegible]

LIBRACCIA REGIONALE SEGRETERIA
15 05 DEZ 2017
A.S.

Professora de
Fortalaza

HOSPITAL DISTRICTAL EVANGELIZADORES DE MOURÃO

FROM THE ASIAN HERITAGE

Principia Mathematica by **Alfred North Whitehead** and **Bertrand Russell**

1975-76

1992, 1993, 1994
 1995, 1996, 1997
 1998, 1999, 2000
 2001, 2002, 2003
 2004, 2005, 2006
 2007, 2008, 2009
 2010, 2011, 2012
 2013, 2014, 2015
 2016, 2017, 2018
 2019, 2020, 2021
 2022, 2023, 2024
 2025, 2026, 2027
 2028, 2029, 2030
 2031, 2032, 2033
 2034, 2035, 2036
 2037, 2038, 2039
 2040, 2041, 2042
 2043, 2044, 2045
 2046, 2047, 2048
 2049, 2050, 2051
 2052, 2053, 2054
 2055, 2056, 2057
 2058, 2059, 2060
 2061, 2062, 2063
 2064, 2065, 2066
 2067, 2068, 2069
 2070, 2071, 2072
 2073, 2074, 2075
 2076, 2077, 2078
 2079, 2080, 2081
 2082, 2083, 2084
 2085, 2086, 2087
 2088, 2089, 2090
 2091, 2092, 2093
 2094, 2095, 2096
 2097, 2098, 2099
 2100, 2101, 2102
 2103, 2104, 2105
 2106, 2107, 2108
 2109, 2110, 2111
 2112, 2113, 2114
 2115, 2116, 2117
 2118, 2119, 2120
 2121, 2122, 2123
 2124, 2125, 2126
 2127, 2128, 2129
 2130, 2131, 2132
 2133, 2134, 2135
 2136, 2137, 2138
 2139, 2140, 2141
 2142, 2143, 2144
 2145, 2146, 2147
 2148, 2149, 2150
 2151, 2152, 2153
 2154, 2155, 2156
 2157, 2158, 2159
 2160, 2161, 2162
 2163, 2164, 2165
 2166, 2167, 2168
 2169, 2170, 2171
 2172, 2173, 2174
 2175, 2176, 2177
 2178, 2179, 2180
 2181, 2182, 2183
 2184, 2185, 2186
 2187, 2188, 2189
 2190, 2191, 2192
 2193, 2194, 2195
 2196, 2197, 2198
 2199, 2200, 2201
 2202, 2203, 2204
 2205, 2206, 2207
 2208, 2209, 2210
 2211, 2212, 2213
 2214, 2215, 2216
 2217, 2218, 2219
 2220, 2221, 2222
 2223, 2224, 2225
 2226, 2227, 2228
 2229, 2230, 2231
 2232, 2233, 2234
 2235, 2236, 2237
 2238, 2239, 2240
 2241, 2242, 2243
 2244, 2245, 2246
 2247, 2248, 2249
 2250, 2251, 2252
 2253, 2254, 2255
 2256, 2257, 2258
 2259, 2260, 2261
 2262, 2263, 2264
 2265, 2266, 2267
 2268, 2269, 2270
 2271, 2272, 2273
 2274, 2275, 2276
 2277, 2278, 2279
 2280, 2281, 2282
 2283, 2284, 2285
 2286, 2287, 2288
 2289, 2290, 2291
 2292, 2293, 2294
 2295, 2296, 2297
 2298, 2299, 2300
 2301, 2302, 2303
 2304, 2305, 2306
 2307, 2308, 2309
 2310, 2311, 2312
 2313, 2314, 2315
 2316, 2317, 2318
 2319, 2320, 2321
 2322, 2323, 2324
 2325, 2326, 2327
 2328, 2329, 2330
 2331, 2332, 2333
 2334, 2335, 2336
 2337, 2338, 2339
 2340, 2341, 2342
 2343, 2344, 2345
 2346, 2347, 2348
 2349, 2350, 2351
 2352, 2353, 2354
 2355, 2356, 2357
 2358, 2359, 2360
 2361, 2362, 2363
 2364, 2365, 2366
 2367, 2368, 2369
 2370, 2371, 2372
 2373, 2374, 2375
 2376, 2377, 2378
 2379, 2380, 2381
 2382, 2383, 2384
 2385, 2386, 2387
 2388, 2389, 2390
 2391, 2392, 2393
 2394, 2395, 2396
 2397, 2398, 2399
 2400, 2401, 2402
 2403, 2404, 2405
 2406, 2407, 2408
 2409, 2410, 2411
 2412, 2413, 2414
 2415, 2416, 2417
 2418, 2419, 2420
 2421, 2422, 2423
 2424, 2425, 2426
 2427, 2428, 2429
 2430, 2431, 2432
 2433, 2434, 2435
 2436, 2437, 2438
 2439, 2440, 2441
 2442, 2443, 2444
 2445, 2446, 2447
 2448, 2449, 2450
 2451, 2452, 2453
 2454, 2455, 2456
 2457, 2458, 2459
 2460, 2461, 2462
 2463, 2464, 2465
 2466, 2467, 2468
 2469, 2470, 2471
 2472, 2473, 2474
 2475, 2476, 2477
 2478, 2479, 2480
 2481, 2482, 2483
 2484, 2485, 2486
 2487, 2488, 2489
 2490, 2491, 2492
 2493, 2494, 2495
 2496, 2497, 2498
 2499, 2500, 2501
 2502, 2503, 2504
 2505, 2506, 2507
 2508, 2509, 2510
 2511, 2512, 2513
 2514, 2515, 2516
 2517, 2518, 2519
 2520, 2521, 2522
 2523, 2524, 2525
 2526, 2527, 2528
 2529, 2530, 2531
 2532, 2533, 2534
 2535, 2536, 2537
 2538, 2539, 2540
 2541, 2542, 2543
 2544, 2545, 2546
 2547, 2548, 2549
 2550, 2551, 2552
 2553, 2554, 2555
 2556, 2557, 2558
 2559, 2560, 2561
 2562, 2563, 2564
 2565, 2566, 2567
 2568, 2569, 2570
 2571, 2572, 2573
 2574, 2575, 2576

COMMISSIONER OF STATE - HUEAN

COMMISSIONER OF STATE - HUEAN



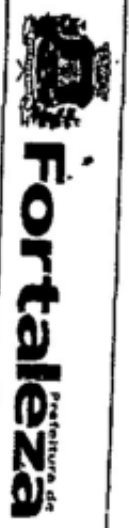
HDEAM - Hospital Distrital Dr. Evandro Ayres de Moura
Frocinha de Antônio-Bezerra

NOME:

Victorino Augusto
26/11

ENF:

TRAUMA DATA: 26/11/11 15 L: 148



SECRETARIA DE SAÚDE
DEZ 2011
HORÁRIO

PLANO DE TRATAMENTO	EVOLUÇÃO
1 DIETA GERAL () HAS () DM () ZERO ()	SND
2 SCALP	OK
3 SINAIS VITAIS	Rotina
4 DIPIRONA 2:18AD EV 6/6HS SN	SN
5 PLAMET 2:18AD EV 8/8HS SN	SN
6 TRAMAL 50MG+100ML SF EV 8/8HS SN	SN
7 CURATIVO	ROTINA
8	
9	
10	
11	
12	
13	

Handwritten notes in the EVOLUÇÃO column:
SD. Pt 120/170
pressão arterial está quitada
na bolha, referido dor. Permeio
segua em obs!
Obs: Pac. cons. SD,
ad. AD su a
Obs: su a
11/11/11
1-3+e

Prefeitura de
Fortaleza

HOSPITAL DISTITAL EVANDRO AYRES DE MOURA

FROCIINHA ANTONIO BEZERRA

Victorino Augusto

Enfermeiro

Coordenadora SABI - HDEAM

CONFERE ORIGINAL

SECRET

КРУГОМ об сержа обрнева 10 летисао летисон - МАЕДИ

генерал с подна об ернотот

1000

СН: 1 21 11 35 : АТАД АМУАСТ

: ЕПЕ

ОБКУЛО

PH... 28 X021-24102

38,05-7

ОПРАНО

ОПРЕМАТАСТ

30

ОМА

СМС

() 241 () 241 () 241

СМС

241

СМС

241

Office

38,05-7

241

СМС

241

21/11/76

SECRET

38,05-7

241

241

28-7 PH... 28 X021-24102

PH... 28 X021-24102

PH... 28 X021-24102

PH... 28 X021-24102

SECRET

SECRET

SECRET

SECRET



HIDEAM - Hospital Distrital Dr. Evandro Ayres de Moura
Frotinha de Antônio-Bezerra



Fortaleza

NOME:

Victor Hugo Albuquerque
26/11

ENF:

TRAUMA DATA: 26/11/11 15 L: 148

SECRETARIA DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
FOLHA Nº 1
11/11/11

PLANO	DE	TRATAMENTO	EVOLUÇÃO
1	DIETA GERAL () HAS () DM () ZERO ()	SND	
2	SCALP	OK	
3	SINAIS VITAIS	Rotina	
4	DIPIRONA 2:18AD EV 6/6HS SN	SN	
5	PIAMET 2:18AD EV 8/8HS SN	SN	
6	TRAMAL 50MG+100ML SF EV 8/8HS SN	SN	
7	CURATIVO	ROTINA	
8			
9			
10			
11			
12			
13			

Handwritten notes in the form:

- Under row 4: *401000*
- Under row 5: *sigua em obs!*
- Under row 6: *SD. Pt 120/80*
- Under row 7: *Obs: Pac. evol. satisf. SD, ad. AD. Sem a*
- Under row 8: *Obs: Sem Glucose*
- Under row 9: *Obs: 150/70*
- Under row 10: *Obs: 150/70*
- Under row 11: *Obs: 150/70*
- Under row 12: *Obs: 150/70*
- Under row 13: *Obs: 150/70*

Signature: *[Signature]*

Prefeitura de Fortaleza

HOSPITAL DISTITAL EVANDRO AYRES DE MOURA

FROTINHA ANTONIO BEZERRA

Marina Meneses Marques Soares

Coordenadora SANE - HIDEAM

CONFERIR COM ORIGINAL



Fortaleza Prefeitura de

NOME:

Antonie Dugosto
27/11

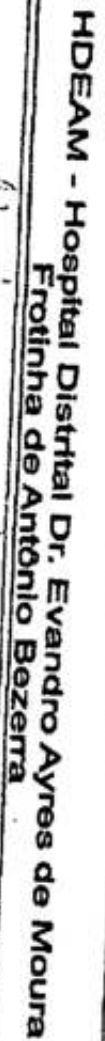
ENF:

TRAUMA DATA: 24 / 11 / 15 L: 48

PLANO	DE	TRATAMENTO	HORÁRIO	EVOLUÇÃO
1	DIETA GERAL () HAS () DM () ZERO ()	SND		SDPA ~ 130 x 80 mmHg T ~ 36,8°C
2	SCALP	OK		
3	SINAIS VITAIS	Rotina		Paciente consciente, orientado acerta dieta + medicações elimina reflexos fisiológicos. press segue uma dieta - Gubergo
4	DIFIRONA 2:18AD EV 6/6HS SN	SN	22/40	
5	PLANET 2:18AD EV 8/8HS SN	SN		
6	TRAMAL 50MG+100ML SF EV 8/8HS SN	SN	14/35	
7	CURATIVO	ROTINA		27/11/15 SN
8	Hidrogenocortisona 800g EV			
9	Cetoprofeno 100g EV			
10	Dr. Gabriel Franco Traumatologia CRM: 9895			SDPA ~ 130/70 mmHg T ~ 36°C
11				
12				
13				

Horizonte de
Miguel Mamed de C. Ribeiro
Enfermeira
COREN - CE 391.405

FRANCISCO DE ASSIS
14
05 DEZ 2017
CORRETOR DE BOLSAS
ORIGINAL

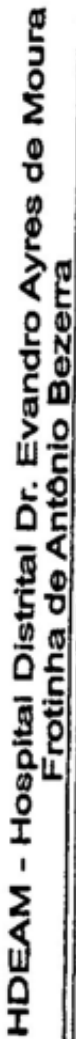


ENF:

TRAUMA DATA: 25 / 11 / T: 45

Fortaleza

PLANO DE TRATAMENTO	HORÁRIO	EVOLUÇÃO
1 DIETA GERAL () HAS () DM () ZERO ()	SND	De elevação, aumento co
2 SCALP	OK	Reabolição de sintomas
3 SINAIS VITAIS	OK	Arterialidade, aumento co
4 DIPIRONA 2:18AD EV 6/6HS SN	Rotina	Arterialidade, aumento co
5 PLAMET 2:18AD EV 8/8HS SN	SN 09:40 20	Arterialidade, aumento co
6 TRAMAL 50MG+100ML SF EV 8/8HS SN	SN 16:20	Arterialidade, aumento co
7 CURATIVO	ROTINA	Arterialidade, aumento co
8		Arterialidade, aumento co
9		Arterialidade, aumento co
10		Arterialidade, aumento co
11		Arterialidade, aumento co
12		Arterialidade, aumento co
13		Arterialidade, aumento co



Fortaleza Prefeitura de

NOME :

Carlson, Virginia

ENF:

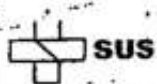
TRAUMA

DATA: 28 / 11 / L: 48

PLANO	DE	TRATAMENTO	HORÁRIO	EVOLUÇÃO
1	DIETA GERAL() HAS() DM() ZERO()	SND		De apêndix, apêndix co Verbaliza consciente, aventa diário, apêndix co no momento de apêndix co coes fisiológicas, apêndix co de e apêndix co, apêndix co
2	SCALP	OK		PA = 120 x 80 mmHg T = 36.5°C
3	SINAIS VITAIS	Rotina		De 09:00h até apêndix co do 17, apêndix co, apêndix co
4	DIPIRONA 2:18AD EV 6/6HS SN	SN	09:40 20	
5	PLAMET 2:18AD EV 8/8HS SN	SN		
6	TRAMAL 50MG+100ML SF EV 8/8HS SN	SN	16:30	
7	CURATIVO	ROTINA		
8				
9				
10				
11				
12				20:45 PA = 140/180 mmHg T = 38.0°C
13				Paciente consciente, apêndix co tudo, apêndix co, apêndix co, apêndix co breve dor intensa, e apêndix co parto respiratório, apêndix co. Avaliado pelo apêndix co do plan. Tão. Diurese presente. Prescrita: Sulfato de Sódio 0.9% 100ml CICLOM 300 123

Rg. 94002013680

Cpf. 6142288638



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

L-48.

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Com e sem e depois de da
no hemiparesia do lado
da direita

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Exame radiológico
fratura de fêmur

20 - CID 10 INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - CNPJ DA EMPRESA

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. Órgão Emissor

45 - DOCUMENTO

46 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

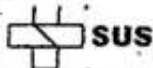
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

12670007877

Rq 94002013680

Cpf 6142288638



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - NÚMERO DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. ☒ 1Fem. ☐ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, QUADRA)

13 - CID 10 PRINCIPAL

14 - CID 10 SECUNDÁRIO

15 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Com e sem e defor de de
no tempo do qto qnd
de novo

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Tratamento em casa

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Exame de urina
tratado em casa

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - CNPJ DA EMPRESA

38 - Nº DO BILHETE

39 - SÉRIE

40 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

41 - REPRESENTADO: MANOEL SÁNCIO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. Órgão Emissor

45 - DOCUMENTO

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS

() CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Coordenador SAM - HDE-111
CONFIRMAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Alto Rose 03/12/15

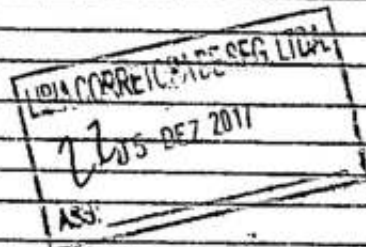
DESCRIÇÃO DE CIRURGIA

NOME DO PACIENTE: *Adriano Augusto do Silva*
DATA DA CIRURGIA: *30 / 11 / 15* UNIDADE: LEITO:
CIRURGIÃO: *Dr. Roberto* 1º AUX.: *Dr. 5688: ANO 12* 2º AUX.:
AUX. CIRCULANTE: AUX. INSTRUMENTAL DORA:
ANESTESISTA: *Dr. Jackson* TIPO DE ANESTESIA:
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: *Fa - do tornozelo*

TIPO DE CIRURGIA: *Ortopédica*
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: *O mesmo*

EXAMES DURANTE ATO CIRURGICO: *NA*

INTERCORRÊNCIAS DURANTE A CIRURGIA: *N*



Ortop
propr. (ortoped)
Ampl
Artroscopia
Reparo do ligamento cruzado anterior
placa + parafusos na fíbula
Artroscopia
Reparo do ligamento cruzado posterior
placa + parafusos
na tibia
na tibia
na tibia
na tibia
na tibia

CRM: 9895
Ortopedia
Dr. Gabriel Franco

Fortaleza
HOSPITAL DISTRITAL EVADRO AYRES DE MOURA
PROF. DR. ANTONIO DEZERRA
Médico Responsável
Méd. 4510-01
CONFERE COM ORIGINAL

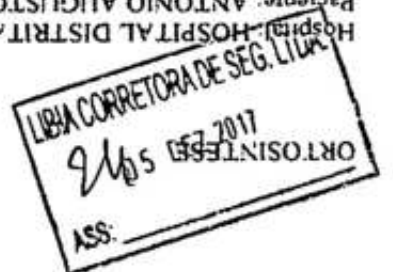
PRE - FATURAMENTO

Emitente: MARCELO SOUZA DUARTE - EPP
Endereço: R. DOM CARLOTO TAVORA, 570 MONTESE, FORTALEZA-CE 60421-090
Fone: 3292-8627 CNPJ: 04.042.418/0001-12 INS. EST. 06.301.953-1

Destinatário: HOSPITAL DISTRITAL DR. EVANDRO AYRES MOURA
Endereço: R. CANDIDO MAIA, 294, ANTONIO BEZERRA, FORTALEZA-CE 60356-830
Fone: 3458-3279 CNPJ: 07.835.044/0003-42 INS. EST. 16/12/2015

Faturas: CONTRA - APRESENTAÇÃO / 285,19

Código	Descrição	Und	Qrde	Valor Uni.	Desc.	Valor Total
0702030830 - PLACA 1/3 TUBULAR 3,5		PC	01	146,64		146,64
(INCLUI PARAFUSOS)						
0702030724 - PARAFUSO ESPONJOSO 4,0		PC	02	27,71		138,55



Hospital: HOSPITAL DISTRITAL DR. EVANDRO AYRES DE MOURA
Paciente: ANTONIO AUGUSTO DA SILVA OLIVEIRA
Médico: DR. ROBERTO WELTON
Data Ctr: 30/11/2015
Procedimento: U408060590

AIH Conv: SUS - SISTEMA UNICO DE SAUDE
ISENTO DE ICMS CF CONVENIO Nº 01/99 DE 02/03/1999

VENDEDORA: VÂNIA VINHAS

Mat. 45300-01 - HDEAM
Coordenadora SAME
Fortaleza
HOSPITAL DISTRITAL EVANDRO AYRES DE MOURA
FROTHIMA ANTONIO BEZERRA
Mat. 45300-01
Coordenadora SAME - HDEAM
Fortaleza
CONFERE COM ORIGINAL

Hospital: H. V. E. A. M. PROTINHA ANTÔNIO BEZERRA

Procedimento: I.C. DE FRATURA DE TORNOZLO

Paciente: ANTONIO AUGUSTO DA SILVA OLIVEIRA

Data da Cirurgia: 30/11/195 No Prontuário:

Cirurgião: DR ROBERTO WESTON Código:

() Reposição	() Caixa Pronta
---------------	------------------

DESCRICAÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

Qtde.:	Descrição
1	PLACATERÇO DE CAVO & FURROS

~~LBH0508040~~

Dr. Gabriel Franco
Traumatologia
CRM: 9805

25 25 DEC 2017

ESPECIFICAÇÃO DE PARÂMETROS

Parafuso Cortical		() mm		Parafuso Cortical		() mm		Parafuso		Espunfozo 4,0mm		Parafuso		Espunfozo 6,5mm		R/: 16 CURTA		Parafuso		Espunfozo 6,5mm		R/: 32 LONGA		Parafuso		Maleolar 4,5mm	
No.	Qtde	Cód	No	Qtde	Cód	No	Qtde	Cód	No	Qtde	Cód	No	Qtde	Cód	No	Qtde	Cód	No	Qtde	Cód	No	Qtde	Cód	No	Qtde	Cód	
16	1		2			18	2																				
Dr. Gabriel Franco Traumatologia CRM-9895																											
Valor Unit.		Valor Total																									

Obs: O Preenchimento do prontuário é obrigatório.

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de Pagamento:

Fatura NF para:

Cód. do Consultor:

•Total:

Cód. do Instrumentador:

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO ESTOQUE

Fortaleza

HOSPITAL DISTRICTAL EVANGELISTA AYRES DE NOBIA

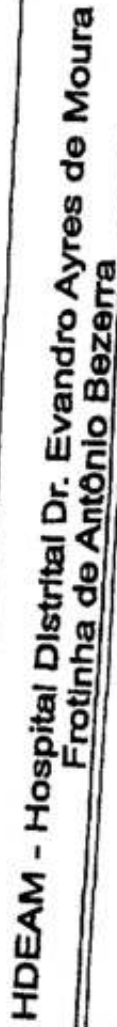
~~SECRET~~

1978-1979

Nº do Pedido:

TRAUMABONE COMÉRCIO LTDA

Rua Dom Carlos Távora, 570 Sala 06 • Montese • CEP 60421-090 • Fortaleza • CE
 CNPJ 04.042.418/0001-12 • Fone: (85) 3225.9520 • Fax: (85) 3292.8627



NOME :

Autoren August

ENF:

TRAUMA

DATA: 01/12/15 L: 48



Fortaleza

PLANO	DE	TRATAMENTO	HORÁRIO	EVOLUÇÃO
1	01/12/15	DIETA GERAL (X) HAS+DM () ZERO ()		SD- 01/12/15
2		SCALP		
3		SINAIS VITAIS		
4		DIPIRONA 2:18AD EV 6/6HS SN		
5		PLAMET 2:18AD EV 8/8HS SN	15:30	
6		TRAMAL 50MG+100ML SF EV 8/8HS SN	17:00	
7		ANTAK 150mg VO 12/12HS		
8		CURATIVO		
9		CSFA 200mg 1g EV 8/8HS		
10				
11				
12				
13				

DATA: 01/12/15 L: 48

Ps-120/70mmHg T=36,5°C

Paciente em estado de

alta hospitalar, permanece

no leito.

Refer dor, nega.

62/12/15.

04:00 - Paciente sona de

alta hospitalar, permanece

09:00 17:00 18:00

05:00 17:00 18:00

05:00 17:00 18:00

05:00 17:00 18:00

05:00 17:00 18:00

05:00 17:00 18:00

05:00 17:00 18:00

05:00 17:00 18:00

05:00 17:00 18:00

05:00 17:00 18:00

05:00 17:00 18:00

05:00 17:00 18:00

05:00 17:00 18:00

05:00 17:00 18:00

05:00 17:00 18:00

05:00 17:00 18:00

05:00 17:00 18:00

05:00 17:00 18:00

05:00 17:00 18:00

05:00 17:00 18:00

05:00 17:00 18:00

05:00 17:00 18:00

05:00 17:00 18:00

05:00 17:00 18:00

05:00 17:00 18:00

05:00 17:00 18:00

05:00 17:00 18:00

05:00 17:00 18:00

05:00 17:00 18:00

05:00 17:00 18:00

05:00 17:00 18:00

05:00 17:00 18:00

05:00 17:00 18:00

05:00 17:00 18:00

05:00 17:00 18:00

05:00 17:00 18:00

05:00 17:00 18:00

05:00 17:00 18:00

05:00 17:00 18:00

05:00 17:00 18:00

05:00 17:00 18:00

05:00 17:00 18:00

05:00 17:00 18:00

05:00 17:00 18:00

05:00 17:00 18:00

05:00 17:00 18:00

05:00 17:00 18:00

05:00 17:00 18:00

05:00 17:00 18:00

05:00 17:00 18:00

05:00 17:00 18:00

05:00 17:00 18:00

05:00 17:00 18:00

05:00 17:00 18:00

05:00 17:00 18:00

05:00 17:00 18:00

05:00 17:00 18:00

05:00 17:00 18:00

05:00 17:00 18:00

05:00 17:00 18:00

05:00 17:00 18:00

05:00 17:00 18:00



Midway through the

END

TRAUMA DATA: 30/11/15 I: 216

30/11

PLANO DE	TRATAMENTO	HORÁRIO	EVOLUÇÃO
1	DIETA GERAL () HAS () DM () ZERO ()	SND	SD. 30/11/2015
2	SCALP	OK	PA. 130/80mm Hg. T.
3	SINAIS VITAIS	Rotina	09:00hs - Paciente em boas condições vitalícias. T=36,5°C.
4	DIPIRONA 2:18AD EV 6/6HS SN	SN	SD 30.11.15
5	PLAQUET 2:18AD EV 8/8HS SN	SN	PA admitido no SE após cirurgia de Ficat do Tórax D. PAI 127x80 R. 86 560g 18:20hs Pac retornou das R. cirurgia. Ele é estável de sangue e. Condição, orientado, verbal- liza, segue aos cuidados da enfermagem.
6	TRAMAL 50MG+100ML SF EV 8/8HS SN	SN	SN - PA=120x80 T=36,6°C
7	CURATIVO	ROTINA	PA. Queixa de dor no peito de moderado. Relatando presente. Segue em boas condições de Eug. -
8			
9			
10			
11			
12			
13			



HDEAM - Hospital Distrital Dr. Evandro Ayres de Moura
Frotinha de Antônio Bezerra

NOME:

Antônio Bezerra
29/11



Prefeitura de
Fortaleza

ENF: TRAUMA DATA: 29/11/15 15 L: 48

PLANO	DE	TRATAMENTO	HORÁRIO	EVOLUÇÃO
1	DIETA GERAL () HAS () DM () ZERO ()		SND	29/11/15 08:30
2	SCALP		OK	
3	SINAIS VITAIS		Rotina	
4	DIPIRONA 2:18AD EV 6/6HS SN		SN	
5	PLAMET 2:18AD EV 8/8HS SN		SN	
6	TRAMAL 50MG+100ML SF EV 8/8HS SN		SN	
7	CURATIVO			29/11/15 20:00
8	Dr. Gabriel Flávio Trombocitopenia 29/11/15		ROTINA 30/11/15 08:30	
9				Quitar paciente para transferência em dieta zero por 23 horas por - O perito do juízo paciente recentemente diagnosticado - cardiológico de risco de de infarto na região de ambas pernas por obstrução da artéria coronária
10				SD 30/11/2015 08:00h Pac refeição de dieta TRAUMA

FICHA DE EVOLUÇÃO DE PACIENTE - FEP

NOME									

DATA INIC. TRAT.	DATA INTERNAÇÃO	LEITO	ENFER.	PAVILH.	PRONTUÁRIO
------------------	-----------------	-------	--------	---------	------------

DIAGNÓSTICO	OBSERVAÇÃO
-------------	------------

DATA	EVOLUÇÃO
------	----------

23/11/18

Dr. Manoel Jorge Gomes da Silva

CRM-2815

Ortodontia

26/11/18

Dr. Gabriel Franco

CRM-9895

Tratamento

27/11/18

Dr. Gabriel Franco

CRM-9895

Tratamento

HOSPITAL DISTRITAL DR. EVANDRO AYRES DE MOURA, HDEAM-AB

Rua Cândido Maia, 294 - Antônio Bezerra - Fortaleza - CE - CEP 60.358-830 - FONE (85) 3210-6666 / 3210-6488 / 3279

HOSPITAL DISTRITAL EVANDRO AYRES DE MOURA

FORTALEZA - ANTONIO BEZERRA

1411 45380-01



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
Secretaria de Saúde do Estado do Ceará
Coordenadoria de Regulação, Avaliação e Controle
CRESUS - Central de Regulação Estadual do SUS

LAUDO DE AUTORIZAÇÃO DE AIH
CÓDIGO DA SOLICITAÇÃO: 12670007877

NÚMERO DA AIH: 2315102076672

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

CNES/ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 2516683 - HOSPITAL DISTRITAL EVANDRO AVRES DE MOURA ANTONIO BEZERRA
CNES/ESTABELECIMENTO EXECUTOR: 2516683 - HOSPITAL DISTRITAL EVANDRO AVRES DE MOURA ANTONIO BEZERRA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CNS/PACIENTE: ANTONIO AUGUSTO DA SILVA OLIVEIRA
DATA DE NASCIMENTO - IDADE: 24/08/1980 - 35 anos

NOME DA MÃE: MARIA DE FÁTIMA DA SILVA OLIVEIRA

CME DO RESPONSÁVEL: MARIA DE FÁTIMA DA SILVA OLIVEIRA

ENDEREÇO: RUA ESMAEL POR DEUS, Nº 419

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: 230440 - FORTALEZA

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

DIAGNÓSTICO INICIAL: S825 - Fratura do metacarpo medial

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:

DIAGNÓSTICO CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO: 0408050578 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO TORNOZELO UNILATERAL

CARACTER DA INTERNAÇÃO: URGÊNCIA EMERGENCIA AIH EMITIDA APÓS INTERNAÇÃO

PROFISSIONAL SOLICITANTE: 03052117300 - MARIO JORGE GOMES DA FROTA

CLÍNICA: CIRÚRGICO - ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

DATA-HORA SOLICITAÇÃO: 23/11/2015 - 15:46 DATA-HORA INTERNAÇÃO: 23/11/2015 - 15:46

CAUSAS EXTERNAS

DESCRIÇÃO DO ACIDENTE: NÃO SE APLICA

Nº DA SEGURADORA:

NÚMERO DO BILHETE:

SÉRIE DO BILHETE:

CNPJ DA EMPRESA:

CBO NA EMPRESA:

NATUREZA DA LESÃO:

AUTORIZAÇÃO

AUTORIZADOR:

PARECER



DATA AUTORIZAÇÃO:

HOSPITAL DISTRITAL EVANDRO AVRES DE MOURA
FROSTINHA ANTONIO BEZERRA
Mariania Menezes Marques Soares
Mat. 45309-01
Coordenadora SAHE - HOEAM
CONFERE COM ORIGINAL
unissusweb.com.br

Alta liberada
04/12/15

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100 101 102 103 104 105 106 107 108 109 110 111 112 113 114 115 116 117 118 119 120 121 122 123 124 125 126 127 128 129 130 131 132 133 134 135 136 137 138 139 140 141 142 143 144 145 146 147 148 149 150 151 152 153 154 155 156 157 158 159 160 161 162 163 164 165 166 167 168 169 170 171 172 173 174 175 176 177 178 179 180 181 182 183 184 185 186 187 188 189 190 191 192 193 194 195 196 197 198 199 200 201 202 203 204 205 206 207 208 209 210 211 212 213 214 215 216 217 218 219 220 221 222 223 224 225 226 227 228 229 230 231 232 233 234 235 236 237 238 239 240 241 242 243 244 245 246 247 248 249 250 251 252 253 254 255 256 257 258 259 260 261 262 263 264 265 266 267 268 269 270 271 272 273 274 275 276 277 278 279 280 281 282 283 284 285 286 287 288 289 290 291 292 293 294 295 296 297 298 299 300 301 302 303 304 305 306 307 308 309 310 311 312 313 314 315 316 317 318 319 320 321 322 323 324 325 326 327 328 329 330 331 332 333 334 335 336 337 338 339 340 341 342 343 344 345 346 347 348 349 350 351 352 353 354 355 356 357 358 359 360 361 362 363 364 365 366 367 368 369 370 371 372 373 374 375 376 377 378 379 380 381 382 383 384 385 386 387 388 389 390 391 392 393 394 395 396 397 398 399 400 401 402 403 404 405 406 407 408 409 410 411 412 413 414 415 416 417 418 419 420 421 422 423 424 425 426 427 428 429 430 431 432 433 434 435 436 437 438 439 440 441 442 443 444 445 446 447 448 449 450 451 452 453 454 455 456 457 458 459 460 461 462 463 464 465 466 467 468 469 470 471 472 473 474 475 476 477 478 479 480 481 482 483 484 485 486 487 488 489 490 491 492 493 494 495 496 497 498 499 500 501 502 503 504 505 506 507 508 509 510 511 512 513 514 515 516 517 518 519 520 521 522 523 524 525 526 527 528 529 530 531 532 533 534 535 536 537 538 539 540 541 542 543 544 545 546 547 548 549 550 551 552 553 554 555 556 557 558 559 560 561 562 563 564 565 566 567 568 569 570 571 572 573 574 575 576 577 578 579 580 581 582 583 584 585 586 587 588 589 590 591 592 593 594 595 596 597 598 599 600 601 602 603 604 605 606 607 608 609 610 611 612 613 614 615 616 617 618 619 620 621 622 623 624 625 626 627 628 629 630 631 632 633 634 635 636 637 638 639 640 641 642 643 644 645 646 647 648 649 650 651 652 653 654 655 656 657 658 659 660 661 662 663 664 665 666 667 668 669 670 671 672 673 674 675 676 677 678 679 680 681 682 683 684 685 686 687 688 689 690 691 692 693 694 695 696 697 698 699 700 701 702 703 704 705 706 707 708 709 710 711 712 713 714 715 716 717 718 719 720 721 722 723 724 725 726 727 728 729 730 731 732 733 734 735 736 737 738 739 740 741 742 743 744 745 746 747 748 749 750 751 752 753 754 755 756 757 758 759 760 761 762 763 764 765 766 767 768 769 770 771 772 773 774 775 776 777 778 779 780 781 782 783 784 785 786 787 788 789 790 791 792 793 794 795 796 797 798 799 800 801 802 803 804 805 806 807 808 809 810 811 812 813 814 815 816 817 818 819 820 821 822 823 824 825 826 827 828 829 830 831 832 833 834 835 836 837 838 839 840 841 842 843 844 845 846 847 848 849 850 851 852 853 854 855 856 857 858 859 860 861 862 863 864 865 866 867 868 869 870 871 872 873 874 875 876 877 878 879 880 881 882 883 884 885 886 887 888 889 890 891 892 893 894 895 896 897 898 899 900 901 902 903 904 905 906 907 908 909 910 911 912 913 914 915 916 917 918 919 920 921 922 923 924 925 926 927 928 929 930 931 932 933 934 935 936 937 938 939 940 941 942 943 944 945 946 947 948 949 950 951 952 953 954 955 956 957 958 959 960 961 962 963 964 965 966 967 968 969 970 971 972 973 974 975 976 977 978 979 980 981 982 983 984 985 986 987 988 989 990 991 992 993 994 995 996 997 998 999 1000 1001 1002 1003 1004 1005 1006 1007 1008 1009 1010 1011 1012 1013 1014 1015 1016 1017 1018 1019 1020 1021 1022 1023 1024 1025 1026 1027 1028 1029 1030 1031 1032 1033 1034 1035 1036 1037 1038 1039 1040 1

REPÚBLICA FEDERAL DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO FUNDAÇÃO NACIONAL DE HABITAÇÃO		1289438729 1289438729 1289438729	
ARTURIO AUGUSTO DA SILVA OLIVEIRA SOCIEDADE / ENDEREÇO EM 84002013580 CEP 01/07/2016 DATA EMISSÃO		05417626085 Nº INSCRIÇÃO 09/06/2021 DATA 06/02/2012 DATA	
RICHARDO SALVADOR DE OLIVEIRA MARIA DE FÁTIMA DA SILVA OLIVEIRA		09/06/2021 DATA 06/02/2012 DATA	
RICHARDO SALVADOR DE OLIVEIRA MARIA DE FÁTIMA DA SILVA OLIVEIRA		09/06/2021 DATA 06/02/2012 DATA	

LIBA CORRETORA DE SEG. LTDA.
32 05 DEZ 2017
ASS: _____

Documentos de identificação



	
Ministério da Fazenda	
Receita Federal	
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF	
Número	037.688.781-80
Nome	DANIEL BRITO PEREIRA
Nascimento	11/04/1988

LEIA CORRETORA DE SEG. LTDA
39 05 DEZ 2017
ASS: _____

PROIBIDO PLASTIFICAR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

PENITENCIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ

COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO, MARCAJE E PERÍCIAS DE MEIO FÍSICO



Polegar Direito



Daniel Brito Pereira

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO NACIONAL 2017070299 0

DATA DE EMISSÃO 12/04/2017

PAÍS BRASIL

UF MA

CIDADE ARAIOSES

NOME DANIEL BRITO PEREIRA

FRANCISCO DAS CHAGAS PEREIRA

MARIA CELESTE BRITO PEREIRA

ARATÓSES MA

DATA DE NASCIMENTO 11/04/1988

DOC. CHARGEN

CERT. NASCIMENTO: 28492 FOLHA: 027 LIVRO: A

199 ARAIOSES MA

CPF

Assinado Digitalmente

LEI Nº 7.110 DE 2006

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

05 DEZ 2017

ASS: _____

[illegible]

LIBRERIA CORREIOS EMB. SEG. LTDA.
77 05 DEZ 2017
ASS: _____



PROCURAÇÃO

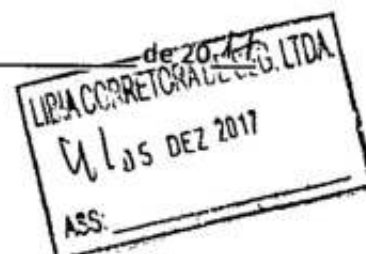
OUTORGANTE: ANTONIO AUGUSTO DA SILVA OLIVEIRA, Brasileiro (a)
 Estado Civil SOLTEIRO Profissão Polidon Inscrito com o Nº de RG:
94007013680 e CPF: 61422886387 Residente e
 domiciliado(a) à rua 7E7E DIAGO
 Nº: 1355 Bairro: CAIS DO PORTO Cidade: FORTALEZA
 Estado: CEARA CEP: 60180000 Fone: 98563 12 85

OUTORGADO: Daniel Brito Pereira
 Inscrito com o Nº de RG: 207076299-0
 e CPF: 037.688 781 80 Residente e domiciliado na: R. Candido
Nova Nº: 214 Bairro: Antonio Bezerra
 Cidade: Fortaleza; Estado: CEARA

PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao numero do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder, Seguradoras conveniadas a Líder DPVAT e a Susep, Cujo vitima em acidente de trânsito o (a) Sr.(a) Antonio Augusto da Silva Oliveira ocorrido em 23/11/15

OBS.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Fort. ce (), 23 de 11



*ANTONIO AUGUSTO DA SILVA OLIVEIRA
 OUTORGANTE



ESTADO DO CEARÁ - REGISTRO CÍVEL DISTRITO DO MUCURIBE
OFICIALA: BEL* Maria Elenir Lima Sales Liberato - CNPJ: 06.573.471/0001-75
Av. Sen. Virgílio Távora, Nº 318 - Lj 01 - Meireles - CEP: 60170-250 - Fortaleza - CE
Fone: (85) 3242.2232 / Fax: (85) 3242.2225 - E-mail: atendimento@cartoriomucuripe.com.br

Cód.: 184102. Reconheço a(s) assinatura(s) por AUTÊNTICA de:
(1) ANTONIO AUGUSTO DA SILVA OLIVEIRA
Do que dou fé. Fortaleza, 14 de novembro de 2017. Total: R\$ 4,16

() - Leércio Pereira de Moura () - Claudemir de Sousa Santos
() - Lucas Souza Santos de Freitas () - Maria Elenir Lima Sales Liberato
() - Fabricio Roney da Silva Paizoto

VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE.

Confira os dados do ato em:
selodigital.tjce.jus.br/portal